



Office of Addiction Services and Supports

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS CONTRA EL ALCOHOLISMO Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
RELACIONADA CON SUJETO ACUSADO DE CONDUCIR BAJO LA
INFLUENCIA DE ALCOHOL O DROGAS

SISTEMA DE MANEJO BAJO LA INFLUENCIA DE ALCOHOL O DROGAS (IDS)

Apellido de la persona	Nombre	Inicial del segundo nombre
N.º de identificación de cliente del DMV (Número de licencia de conducir):		
Nombre y dirección de la entidad que remite:		

Número del caso o referencia del expediente de la persona:	
Tipo de entidad que remite	<input type="checkbox"/> Proveedor IDP
<input type="checkbox"/> Tribunal	<input type="checkbox"/> Proveedor OASAS autorizado
<input type="checkbox"/> DMV	<input type="checkbox"/> Automovilista

INSTRUCCIONES: 1) ENTREGUE UNA COPIA COMPLETA DE ESTE FORMULARIO A LA PERSONA Y
2) ADJUNTE UNA COPIA COMPLETA DE ESTE FORMULARIO AL EXPEDIENTE DEL CASO DE LA PERSONA

Yo, el suscrito, por este medio otorgo mi **CONSENTIMIENTO** Y autorizo la comunicación con y entre la nombrada **entidad que remite** y las siguientes agencias:

- Mi proveedor OASAS autorizado: _____;
(Ingrese el nombre del proveedor o N/C si no corresponde)
- Mi Programa de manejo bajo la influencia de alcohol o drogas (Impaired Driver Program, IDP): _____;
(Ingrese el nombre del programa o N/C si no corresponde)
- La Oficina de Servicios para el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York (New York State Office of Addiction Services and Supports, **OASAS**), el Departamento de Vehículos Motorizados del estado de Nueva York (NYS Department of Motor Vehicles, **DMV**), la Oficina de Administración de los Tribunales del estado de Nueva York (NYS Office of Court Administration, **OCA**) y la División de Servicios de Justicia Penal del estado de Nueva York (NYS Division of Criminal Justice Services, **DCJS**) (DCJS recibirá información que no lo identifica personalmente solo para propósitos de investigación);

para **DIVULGAR INFORMACIÓN** con respecto a cualquier dato actual o anterior relacionado con el delito de conducir bajo la influencia de alcohol o drogas, incluyendo anteriores condenas relacionadas con conducir bajo la influencia de alcohol o drogas y otras infracciones de tránsito indicadas en el resumen de mi expediente de conducir y los siguientes elementos de datos:

- Automovilista:** número de identificación de cliente del DMV, los primeros dos caracteres de su apellido actual y el apellido de nacimiento, el sexo, fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN).
- Infracción:** fecha de la infracción, nombre del tribunal, infracción, primeros dos caracteres del apellido actual, nivel BAC, indicación del rechazo de la prueba química, si lo hubo, y una indicación de que posee licencia fuera del estado, si la tiene.
- Exámenes:** nombre del proveedor/programa, fecha del examen, indicación de la remisión para evaluación, si la hay, e indicación de la herramienta de examen usada.
- Evaluación:** fuente de referencia, nombre del proveedor/programa, fecha de inicio y fin de la evaluación y condición de la evaluación.
- Tratamiento:** nombre del proveedor/programa, fecha de admisión, fecha de alta, número de sesiones y condición en el alta.
- IDP:** nombre del programa, fecha de inicio y estado, indicación de la remisión para evaluación, si la hay, y estado de inscripción en IDP.

Dicha divulgación se hace con el **PROPÓSITO** de permitir que las entidades enumeradas anteriormente, compartan los elementos de datos indicados para fines de recopilación de datos, actividades de seguimiento y monitoreo de proveedores y programas. Los elementos específicos de datos divulgados a cada entidad se limitarán al mínimo que sea necesario para que la entidad lleve a cabo sus tareas oficiales relacionadas con el delito de conducir bajo la influencia de alcohol o drogas de acuerdo con la Ley de Vehículos y Tránsito del estado de Nueva York (NYS Vehicle and Traffic Law, VTL).

Yo, el infrascrito, leí la información anterior y autorizo al personal de las entidades divulgadoras mencionadas a divulgar, obtener y compartir dicha información, según se establece en el presente documento. Comprendo que, a menos que se especifique de otra manera, este consentimiento autoriza el uso de datos para apoyar la investigación y las medidas de aseguramiento de la calidad de OASAS, OCA, DCJS y DMV y permanecerá vigente para este fin y no podrá revocarla durante un período de diez (10) años de acuerdo con el período de retención de expedientes en NYS VTL §201(1)(i) y las cláusulas de determinación del nivel de delito de DWI de NYS VTL §1192.

Comprendo que la divulgación que haga DMV de mi información personal está controlada por la ley federal de Protección de la Privacidad del Conductor (Federal Driver's Privacy Protection Act, 18 USC §2721) y que al firmar abajo otorgo mi autorización para que DMV divulgue mi información personal a las entidades antes mencionadas.

Además, comprendo que cualquier divulgación de mi información de identificación personal está protegida por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales que rige la confidencialidad de los registros de tratamiento por abuso de drogas y alcohol, así como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, 45 CFR Partes 160 y 164, y la nueva divulgación de esta información adicional a cualquier parte diferente de las indicadas anteriormente está prohibida sin mi autorización por escrito.

NOTA: Cualquier información divulgada por medio de este formulario **DEBE** ir acompañada del formulario **Prohibición de redivulgación de la información relacionada con los pacientes que reciben tratamiento por dependencia a sustancias químicas (Prohibition on Rediscovery of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient) (TRS-1)**

Entiendo que por lo general el programa no puede condicionar mi tratamiento a la firma de un formulario de consentimiento, pero que en algunas circunstancias limitadas me pueden denegar el tratamiento y/o determinar que no soy elegible para el Programa de manejo bajo la influencia de alcohol o drogas si no firmo un formulario de consentimiento. Recibí una copia de este formulario, que reconozco con mi firma abajo.

(Nombre de la persona en letra de molde)

(Firma de la persona)

(Fecha de la firma)

(Firma del padre o tutor de la persona, si aplica)